

量效应,推测该患者可能存在抗-Mur 抗体。经酸放散试验、木瓜酶处理国产谱细胞 3、4 号证实了抗-Mur 抗体的存在。回顾性分析发现,初次鉴定时国产谱细胞及进口谱细胞 Mur 抗原均为阴性,导致抗-Mur 漏检。Mur 在西方是低频抗原(红细胞抗原频率人群中低于 1%),在中国报道献血者中 Mur 抗原频率:西安 1.05%,上海 1.79%,云南 3.48%,岳阳汉族人群 3.6%<sup>[13-15]</sup>。李丹等<sup>[16]</sup>在评估不规则抗体检测性能时提出进口谱细胞无 Mur 抗原,国产谱细胞应添加 Mur 抗原。回顾 2020—2022 年国产谱细胞,有区分 E、c 和 Mur 抗原,但无区分 C、e 和 Mur 抗原,若不应 Rh 血型系统剂量效应分析可能还会漏检抗-Mur。

临床上输血是一种重要的治疗手段,对于长期贫血的患者需要定期输血,如果初次鉴定抗体后不再鉴定,可能漏检稀有抗体或免疫刺激产生的新抗体,如果每次都鉴定抗体不仅浪费人力、物力等医疗资源,还提高了患者的就医成本。再次鉴定抗体的必要性可依据实验室的具体情况而定,建议半年再次复核抗体特异性。鉴定抗体特异性时应采用多组谱细胞,多种方法联用并熟练应用血型系统的剂量效应。为了避免抗体漏检,提高临床精准输血水平,可以建立患者集中诊疗记录,对于患者的妊娠史、输血史、用药史都可清晰追溯。

参考文献

[1] WU K H, CHU S L, CHANG J G, et al. Haemolytic disease of the newborn due to maternal irregular antibodies in the Chinese population in Taiwan [J]. *Transfuse Med*, 2003, 1(5): 311-314.

[2] 杨红梅, 邹昕, 郑皆炜, 等. 抗-cE 及抗-Jkb 和抗-Mur 混合抗体致疑难配血分析: 附 1 例报告 [J]. *中国输血杂志*, 2020, 33(1): 70-72.

[3] 杨红梅, 郑皆炜, 向东, 等. 抗-G 联合抗-D、抗-C 抗体导致交叉配血不合临床分析 [J]. *临床血液学*, 2019, 32(12): 918-921.

[4] 张海宇, 张珂. 胚胎移植孕妇抗体鉴定检出 IgG 抗-E 合并 IgG 抗-Mur1 例 [J]. *检验医学与临床*, 2020, 17(10): 1469-1472.

[5] FUNG M K, GROSSMAN B J, HILLYER C D, et al. AABB 技术手册 [M]. 桂嵘, 陈秉宇, 黄帅, 译. 18 版. 长沙: 中南大学出版社, 2019: 66-70.

[6] 尚红, 王毓三, 申子瑜. 全国临床检验操作规程 [M]. 4 版. 北京: 人民卫生出版社, 2015: 566.

[7] 黄娟, 向东, 解金辉. 6 种蛋白酶对红细胞 Mur、S、Dia 抗原检测的影响 [J]. *检验医学与临床*, 2019, 16(15): 2218-2220.

[8] 褚晓月, 毛娟, 王宝燕, 等. 罕见抗-Dib 联合多种抗体的鉴定与临床输血实践 [J]. *中国输血杂志*, 2021, 34(10): 1152-1155.

[9] EKEMA E M. Separation of multiple antibodies by adsorption with allogeneic red blood cells [J]. *Immunohematology*, 2017, 33(4): 155-158.

[10] 范亮峰, 刘曦, 沈伟, 等. 不规则抗体体内消减速率的研究 [J]. *中国输血杂志*, 2016, 29(11): 1229-1231.

[11] 柏灵灵, 刘作风, 练正秋. 一例迟发性溶血性输血反应的诊断与治疗探讨 [J]. *中国输血杂志*, 2021, 34(1): 85-88.

[12] 郝萧, 冯智慧, 刁雪芹, 等. 抗-G 联合抗-D 致新生儿溶血病并 D 抗原遮蔽 1 例 [J]. *中国输血杂志*, 2021, 34(10): 1162-1164.

[13] 王红, 吴大洲, 张薇薇, 等. Mur 基因分型方法的建立及西安地区无偿献血者的频率分布 [J]. *中国输血杂志*, 2018, 31(4): 373-376.

[14] 蒋群芳, 秦瑛键, 张崇林, 等. Mur 血型系统的最新研究进展 [J]. *检验医学与临床*, 2019, 16(17): 2572-2575.

[15] 孙昂, 苏湘辉, 陈宏伟, 等. 岳阳汉族人群 10 个红细胞血型系统基因频率及多态性研究 [J]. *中国输血杂志*, 2020, 33(10): 1033-1037.

[16] 李丹, 刘湘巧, 陈明军, 等. 4 种抗体筛选细胞与谱细胞的试剂比对及不规则抗体筛查现状分析 [J]. *中国卫生检验杂志*, 2020, 30(10): 1196-1199.

(收稿日期: 2022-09-10 修回日期: 2023-01-15)

• 案例分析 • DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2023.09.039

## 腹腔镜术中发现肠系膜脂膜炎 1 例及临床分析

贾莉, 梁照<sup>△</sup>

重庆市中医院妇科, 重庆 400021

关键词: 肠系膜脂肪炎; 腹腔镜; 慢性非特异性炎症

中图分类号: R639

文献标志码: C

文章编号: 1672-9455(2023)09-1340-03

肠系膜脂肪炎是肠系膜脂肪组织慢性非特异性炎症和纤维化为主要特征的一种疾病。1924 年由 JURA 首次报道, 1965 年 OGDEN 等<sup>[1]</sup>命名为肠系膜

脂膜炎, 为良性病变, 预后好, 可自愈。该病发病率为 0.16%~3.3%。本院曾收治 1 例肠系膜脂膜炎患者, 通过对本例患者的探讨, 本研究系统地学习了肠

<sup>△</sup> 通信作者, E-mail: 447242087@qq.com.

系膜脂肪炎的特点,现报道如下。

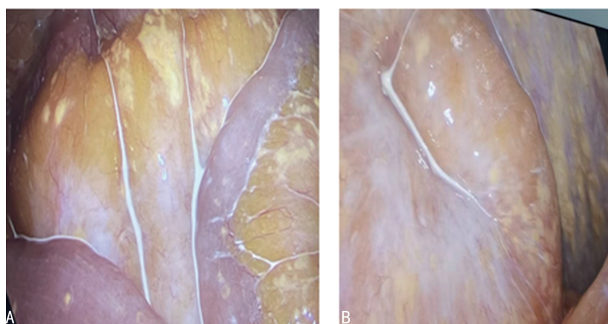
## 1 临床资料

患者,女,64岁,41岁绝经。因“白带异常7个月,发现宫颈病变1<sup>+</sup>个月”于2021年8月19日入住本院,入院前1个月因宫颈高级别鳞状上皮内瘤变(HSIL)行宫颈环形电切锥切术,术后病检提示:宫颈(1、2、3、4、5、6点)HSIL累及腺体,其余为慢性炎症;宫颈12点基底切缘低级别鳞状上皮内病变(LSIL),其余基底切缘及内、外口切缘干净。残余宫颈管搔刮:见慢性炎症细胞。因宫颈基底切缘LSIL,患者自觉随诊困难,要求行全子宫切除术。遂再次入院行手术治疗。查体:胸、腹部、盆腔及妇科专科查体无明显阳性体征。既往乙肝小三阳病史十余年,定期监测肝功能正常。12年前患者因胆囊结石行经腹胆囊切除术。

入住本院后完善检查,拟行腹腔镜下全子宫切除术+双侧附件切除。术中见盆腹腔肠曲、肠祥间隙可见少量乳白色样液体约100 mL,大网膜挛缩呈饼状粘连于右上腹壁,遮挡肝脏及膈肌,盆腹腔壁腹膜、肠系膜、肠脂垂、输卵管及系膜、盆底腹膜可见广泛散在的黄色粟粒状结节,直径0.3~1.0 cm,部分融合呈片状,1~3 cm大小,质软,呈奶酪样,见图1。子宫前位,萎缩,双侧输卵管系膜表面可见黄色结节,双侧卵巢大小外观未见异常。根据术中探查情况,术中考虑肿瘤、结核或乳糜腹水,患者术前诊断为HSIL,未预约术中冰冻,且为夜间择期手术无法预约急诊冰冻,术中难以决策后续处理。术中与患者家属充分沟通后终止手术。患者盆腹腔结节性质、来源不明,患者为HSIL锥切术后,仅基底切缘为低级别病变,余切缘干净,可考虑完善活检及术后全腹CT等检查后进一步明确后续处理,有二次手术风险。术中生理盐水100 mL冲洗腹腔后,留取腹水完善生化指标检测、常规检测,抗酸染色检查(查找结核杆菌),一般细菌培养及腹水查找脱落细胞,并行腹壁、肠系膜、双侧卵巢表面多点活检。术后病检提示:双侧卵巢为少量卵巢组织;腹壁、肠系膜多点活检提示:送检纤维组织中见泡沫样细胞弥漫性增生,少量淋巴细胞浸润,腹水脱落细胞未见肿瘤细胞。结核试验监测结果阴性。

术后第2天完善胸部+全腹增强CT:右膈下少许积气。腹腔肠系膜区域云絮状磨玻璃影,内多个增大淋巴结,考虑脂膜炎。胆囊缺如,胸部、肝、脾、肾、子宫及双侧附件区未见明显异常。再次与患者家属沟通后,患者家属要求出院随诊观察。

术后近1年复诊,患者仍无明显自觉症状,腹部无明显阳性体征。本院查体:阴道黏膜菲薄,稍充血,宫颈后穹窿消失,后穹窿与宫颈融合粘连,宫颈外口未见。复查宫颈细胞学检查及人乳头瘤病毒检测、阴道镜检查均阴性。患者继续随诊观察中。



注:A为术中肠系膜脂肪结节及乳白色腹水;B为术中腹壁脂肪结节及乳白色腹水。

图1 腹腔镜探查盆腹腔镜下情况

## 2 讨论

本例患者无明确腹部症状及体征,无感染征象。术前常规胸部CT及腹部B超未发现异常。因术中对肠系膜脂膜炎认识的缺乏,术中也无法预约急诊冰冻,导致术中治疗决策被动,不敢贸然行手术治疗,而终止手术。该患者曾为HSIL锥切术后基底切缘LSIL,拟行全子宫切除术,与患者家属充分沟通后停止手术。若该患者因其他必要因素行手术治疗,术中发现乳糜样腹水,术中将难以决策是否继续手术,增加患者手术风险及再次手术风险。

通过该病例,本研究系统回顾了肠系膜脂膜炎的临床表现及病史特点。肠系膜脂膜炎是一种非特异性慢性炎症性疾病,主要表现为肠系膜、网膜和结肠系膜脂肪的退变、坏死和纤维化;发病年龄多在60~70岁,发病率低,且男性多于女性,偶见于儿童<sup>[1]</sup>。其病因及发病机制目前尚不清楚,可能与既往腹部手术、外伤史、肿瘤、自身免疫性反应、肠系膜缺血缺氧、感染等相关<sup>[2-3]</sup>。

肠系膜脂膜炎临床表现缺乏特异性,主要表现为腹痛、腹胀、腹泻、消化不良、便秘、发热、体质量下降,乳糜性腹水等不适,亦可表现为腹部肿块,若肿块引起肠梗阻、肠缺血,需急诊手术。其中最常见的症状为腹痛,发生率大于70%<sup>[2]</sup>,部分肠系膜脂膜炎亦无明显临床症状,腹部体征无特异性,需与其他腹部常见疾病鉴别。

辅助检查结果可表现为贫血,低蛋白血症,C反应蛋白、红细胞沉降率增高或患者无特异性表现。多数患者因其他原因行腹盆腔部CT检查中意外发现。腹部CT检查可表现为肠系膜脂肪密度增高、假包膜征、脂肪环征、云雾状肠系膜等典型征象,可通过典型CT影像诊断。结合患者病史,也可在一定程度上与结核、肿瘤、炎症性疾病等相鉴别,故腹部CT检查为诊断该病的首选方法。对诊断有困难的患者应争取行病理检查。病理检查为该病的“金标准”,但临床上取肠系膜病理检查,有一定难度,需行经腹有创手术。目前有3个病理亚型:(1)肠系膜脂肪营养不良,以脂肪组织坏死、退化为主,存在巨噬细胞与淋巴细胞浸

润,此型患者多数无症状,CT 检查可发现;(2)肠系膜脂膜炎,主要表现肠系膜脂肪组织炎症反应,此型患者多有腹痛、腹胀、纳差、恶心、发热、消瘦、腹部包块等症状;(3)硬化收缩性肠系膜炎,主要表现为肠系膜脂肪组织内纤维组织增生改变,为该病的终末期,因胶原沉积导致肠系膜收缩及瘢痕形成,常导致肠梗阻<sup>[4]</sup>。极少患者会全部经历这 3 个阶段。本研究患者血常规、生化指标、C 反应蛋白、红细胞沉降率正常,腹部 CT 提示腹腔肠系膜区域云絮状磨玻璃影,内多个淋巴结增大;病检提示送检纤维组织中见泡沫样细胞弥漫性增生,少量淋巴细胞浸润,符合脂膜炎改变。

临床上尚无标准治疗方案,对于无症状的患者,无须治疗,可观察随诊。本研究患者经过随诊观察近 1 年,仍无特殊不适,复查腹部 CT 无肠系膜脂膜炎的典型体征,证实了该病的自限性。若患者有腹痛等特异性症状、体征,需药物对症治疗,常用的药物有糖皮质激素、他莫昔芬,以及免疫抑制剂如环磷酰胺、氨甲蝶呤、秋水仙碱等<sup>[5]</sup>。若存在肠梗阻则需手术治疗。

本例患者除腹腔脂肪组织团块样增生外,还有少量乳糜腹水,腹水中含有大量淋巴细胞和乳化脂肪。临床诊断乳糜腹水常凭外观或实验室检查结果。乳糜腹水常因感染、胸导管、乳糜池,肠淋巴干机械性梗阻,手术、创伤、肿瘤等所致。该患者乳糜腹水考虑可能是肠系膜脂膜炎波及肠系膜血管和(或)淋巴管,导致局部血液运输、肠管运动、肠系膜淋巴吸收和循环障碍所致。

综上所述,由于本例患者术前无临床症状、体征,

· 案例分析 · DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2023.09.040

仅因腹腔镜手术意外发现腹腔肠系膜及腹壁脂肪结节样病变及乳糜样腹水,是否与患者既往有胆囊切除术及近期宫颈锥切手术有关,是否与患者白细胞低下、乙肝病毒感染及 HPV 感染等免疫力低下表现相关,可进一步回顾性研究总结肠系膜脂膜炎的病因。另外,肠系膜脂膜炎发病率不高,又无典型、特异性临床表现,因而临床上即使偶然遇见也难以充分认识。通过本例患者术中腹腔镜直视下观察肠系膜脂膜炎盆腹腔病变情况,为临床上加强肠系膜脂膜炎的认识提供了有力参考,也为临床上避免把肠系膜脂膜炎误诊为其他疾病给予不恰当治疗提供了参考。

## 参考文献

- [1] OGDEN W W, BRADBURN D M, RIVES J D. Mesenteric panniculitis: review of 27 cases[J]. Ann surg, 1965, 161(6):864-75.
- [2] BURAGINA G, MAGENTA B A, CARRAFIELLO G. Clinical and radiological features of mesenteric panniculitis: a critical overview[J]. Acta Biomed, 2019, 90(4):411-422.
- [3] 刘斯,侯启圣,刘理,等. 41 例肠系膜脂膜炎的临床特点分析[J]. 中国急救医学, 2021, 41(5):404-406.
- [4] 蒋青伟,王凤丹,王文泽,等. 肠系膜脂膜炎 12 例临床特征分析[J]. 中华内科杂志, 2017, 56(2):112-115.
- [5] HUSSEIN M R, ABDELWAHED S R. Mesenteric panniculitis: an update[J]. Expert Rev Gastroenterol Hepatol, 2015, 9(1):67-78.

(收稿日期:2022-09-21 修回日期:2023-01-01)

## 双子宫双侧妊娠 1 例

贾文娟<sup>1</sup>, 李 婷<sup>2</sup>, 倪洋洋<sup>1</sup>, 计金双<sup>1</sup>, 卢湘怡<sup>1</sup>, 黄 欢<sup>3△</sup>

1. 湖北省江汉大学医学院, 湖北武汉 430056; 2. 湖北省赤壁市人民医院妇产科, 湖北咸宁 437300; 3. 湖北省武汉市中心医院妇产科, 湖北武汉 430014

关键词: 双子宫; 双侧妊娠

中图分类号: R714.22

文献标志码: C

文章编号: 1672-9455(2023)09-1342-03

双子宫双侧妊娠较为罕见,但妊娠时常与流产、早产等不良妊娠结局密切相关。本文报道 1 例双子宫双侧妊娠病例并结合相关文献进行总结报道,以提高对这类疾病的认识。

### 1 临床资料

患者,29 岁,以“第二胎,孕 28<sup>+</sup>周,恶心、呕吐、腹泻 1 d”于 2019 年 11 月 12 日首次来武汉市中心医院(以下简称本院)就诊。平时月经规律,经期 5 d,周

期 28 d,经量正常,有痛经,末次月经:2019 年 4 月 24 日,预产期:2020 年 2 月 1 日。该孕妇此次为自然受孕。停经 50<sup>+</sup>d 查 B 超显示:宫内早孕,双活胎。孕早期有早孕反应,孕 4<sup>+</sup>个月自觉胎动,孕期无阴道出血,无头昏、视物模糊等不适。定期产前检查:羊水穿刺低危,未做口服葡萄糖耐量试验,自诉空腹和餐后 2 h 血糖正常范围,平时血压维持在正常范围。2019 年 9 月 24 日外院超声提示:双活胎,孕妇完全性双角

△ 通信作者, E-mail: 2759546413@qq.com。